

Literatuur

- 1 Wyffels P, Van Herck J, et al. Gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Berchem: Domus Medica; 2010.
- 2 RIZIV. Globaal Medisch Dossier. 2012. Beschikbaar via: <http://www.riziv.be/care/nl/doctors/collaboration/dmg-gmd/index.htm> (geraadpleegd op 2010 december)
- 3 Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, et al. NHG-Standaard Preventieconsult module cardiometabool risico. *Huisarts Wet* 2011;54: 138-55.
- 4 NHS. NHS Health Check. Helping you prevent heart disease, stroke, diabetes and kidney disease 2011. Beschikbaar via: <http://www.nhs.uk/planners/nhs/healthcheck/pages/nhshealthcheckwhat.aspx>
- 5 Dillen J. Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen: vaccinatie en profylactische aanpak. *Huisarts Nu* 2001;30:146-57.
- 6 Zin en onzin van preventie: de GMD-preventiemodule. ASGB-Symposium, in samenwerking met Domus Medica. Elewijt:18 juni 2011.
- 7 Wlatter U, Flick U, Neuber A, et al. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Fam Pract* 2010;11:68.

HET VERPLEEGKUNDIG PREVENTIECONSULT

Resultaten van een praktijkverbeterend project

M. SMEETS, J. RONSE, A. VAN LINDEN, L. SEUNTJENS, B. AERTGEERTS

ACHTERGROND

In de forfaitaire groepspraktijk 'De Bres' werd als praktijkverbeterend project het preventieconsult, op basis van de Gezondheidsgids van Domus Medica, gedelegeerd aan de praktijkverpleegkundigen.

DOELSTELLING

De preventieve zorg voor de patiënten verbeteren en systematischer aanpakken.

METHODE

Tijdens een voorbereidende fase werd een protocol opgesteld en opleiding gegeven. Er vond een proefinterventie plaats en een voor-en nameting. De statistische analyse gebeurde met SPSS.

RESULTATEN

55 patiënten kwamen op preventieconsult tijdens de 12 weken durende interventie. Persoonlijke aanspreking door de arts bleek de meest effectieve methode om patiënten uit te nodigen voor het verpleegkundig preventieconsult. Het consult duurde gemiddeld 30 minuten. De verwerking in het EMD nam gemiddeld 13 minuten in beslag. Alle vooropgestelde SMART-doelen werden bereikt. De patiënttevredenheid was groot.

BESLUIT

Het verpleegkundig preventieconsult bleek een succesvolle praktijkverbeterende interventie, die gepaard ging met een hoge patiënttevredenheid.

M. Smeets is huisarts in Boechout en was ten tijde van het onderzoek huisarts in opleiding in groepspraktijk 'De Bres' in Deurne;

J. Ronse is verpleegkundige in groepspraktijk 'De Bres' in Deurne;

A. Van Linden en L. Seuntjens zijn huisartsen in groepspraktijk 'De Bres' in Deurne;

B. Aertgeerts is huisarts in groepspraktijk 'Bleyenbergh' in Wilsele en is verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Correspondentie: mieksmeets@hotmail.com

Belangenconflict: geen

Dit artikel is gebaseerd op de ManaMa-thesis van M. Smeets.

Smeets M, Ronse J, Van Linden A, Seuntjens L, Aertgeerts B. Het verpleegkundig preventieconsult: resultaten van een praktijkverbeterend project. *Huisarts Nu* 2013;42:249-53.

INLEIDING

In 2010 introduceerde Domus Medica de Gezondheidsgids, een evidence-based en praktijkgericht instrument dat de huisarts in staat moet stellen om voor elke patiënt een preventieplan op maat te ontwikkelen.¹

In 'De Bres', een forfaitaire groepspraktijk van Geneeskunde Voor het Volk, wordt veel belang gehecht aan preventie. Het gebeurt echter op opportunistische wijze, niet systematisch. De praktijk ligt in een stedelijke omgeving en mede door het forfaitaire betalingssysteem is er een overwicht aan patiënten met een lage socio-economische status. Gezien de sociale gradiënt van leefstijlfactoren heeft deze patiëntenpopulatie zeker baat bij gezondheidsvoorlichting.²

In de praktijk werken drie praktijkverpleegkundigen die al heel wat taken op zich namen (van opvolging INR en diabetespatiënten tot medisch-technische taken en thuisverpleging).

In verschillende landen wordt preventie (cardiovasculair risicomanagement, rookstopbegeleiding, geven van leefstijl adviezen,...) uitbesteed aan verpleegkundigen.³⁻¹¹

Tegen deze achtergrond ontstond het idee om na te gaan of de preventieve zorg voor de patiënt verbeterd kon worden door delegatie van het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundigen.

VRAAGSTELLING

In dit onderzoek stelden we de volgende vragen: wat is de meest effectieve manier om patiënten uit te nodigen voor een verpleegkundig preventieconsult? Wat is de gemiddelde duur van een dergelijk consult? Kan delegatie van (delen van) het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige de uitvoering van preventie verbeteren m.b.t. procesindicatoren? En hoe tevreden zijn patiënten met het verpleegkundig preventieconsult?

METHODE**Design van de interventie****Voorbereiding**

Als eerste stap vond een exploratieve fase plaats onder de vorm van een literatuurstudie en twee focusgroepen, één met de artsen en één met de verpleegkundigen in de prak-

Tabel 1: Resultaten voor- en nameting procesindicatoren.

Indicator	Voor In orde	Voor StatDPPRO	SMART doel	Na In orde	P-waarde	Gemiddelde Vlaanderen
Cardiovasculair risico genoteerd in dossier ^a	32,7% N=18	35,8%	75%	98,2% N=53	0,00	
Bloeddruk in dossier + ≤14/9 ^b	67% N=37	87,3% ^c	80%	85,5% N=47	0,00	
Rookstatus bevraagd	94,5% N=52	84%	95%	100% N=55	/	
Aantal rokers	29,1% N=16	22%		29,1% N=16		22-26% ^d 10,8% ^e
Rookstopadvies gegeven	43,6% N=7/16	56%	75%	81,25% advies N=13/16 18,75% tabakoloog ^f N=3/16	/	
Advies gezonde voeding	7,3% N=4	11%	40%	92,7% N=51	0,00	
Advies fysieke activiteit	3,6% N=2	2,7%	25%	90,9% N=50	0,00	
Gemiddeld BMI	27,068 N=51			27,811 N=55		♀ 27 ♂ 26,5
Obesitas bij actieve ziekten ^g	20% ok N=11 40% nvt N=21	40% ok	75%	56,4% ok N=31 32,7% nvt N=18	0,00	
Screening diabetes	50,9% ok N=28 23,9% overscreening		70%	94,5% ok N=52 1,8% overscreening	0,00	
Tetanusvaccinatie in orde	67,3% N=37	62%	75%	94,5% N=52	0,00	
Influenzavaccinatie in orde ^h	90,9% N=50			87,3% N=48	/	
Mammografie in orde	70,8% N=17/24	66%	75%	87,5% N=21/24	0,05	
Uitstrijkje in orde ⁱ	76,6% N=23/30	80%	85%	93,3% N=28/30	0,03	
IFOB in orde	34,1% N=15/44	18%	50%	64% N=28/44 27,3% meegegeven N=12/44	/	
Alcohol bevraagd	69,1% N=38	69%	90%	100% N=55	/	
Alcoholmisbruik geregistreerd	12,7% N=7			16,4% N=9	/	55 plus ♀ 12% ♂ 3,5%

(N=55, StatDPPRO: N=1081 (= patiënten tussen 40-75 jaar), Test: Mc Nemar in SPSS 2, P-waarde: / = kan niet berekend o.w.v. verschillend aantal categorieën voor/na).

a Praktijkrichtlijn: afspraak om cardiovasculair risico te noteren bij actieve ziekten (en problemen indien hoog risico).

b Bloeddruk in orde betekent: recente bloeddruk in dossier (per consensus bepaald dat bij patiënten tussen 40-75 1x/jaar de bloeddruk moet worden genomen) + ≤14/9 of ≤13/8 bij secundaire preventie/diabetes mellitus.

c In statDPPRO kon geen onderscheid worden gemaakt tussen recente bloeddruk en/of secundaire preventie = % patiënten met bloeddruk onder of gelijk aan 14/9.

d Cijfers gezondheidsenquête Vlaanderen: laagopgeleideb

e Cijfers gezondheidsenquête Vlaanderen: hoogopgeleideb

f Doorverwezen naar tabakologe, niet zeker dat alle patiënten ook daadwerkelijk gegaan zijn.

g Praktijkrichtlijn: afspraak om bij patiënten met BMI>25 overgewicht als diagnose te registreren, bij BMI>30 obesitas.

h Patiënten waarbij terecht geen griepvaccin gepland stond, werden beschouwd als in orde.

i Bekeken volgens aanbeveling: in orde ≤5 jaar geleden.

tijk. Nadien werd een werkgroep gevormd met alle (drie) verpleegkundigen en twee artsen (eerste auteur en derde auteur). Omdat expliciet uit de focusgroepen was gekomen dat het belangrijk was dat de verpleegkundigen meer betrokken waren bij het project, kregen zij de taak om een protocol te ontwerpen. Dit protocol werd besproken tijdens meerdere vergaderingen en bijgeschaafd. Er werd beslist in het medisch team om niet te focussen op pneumokokkenvaccinatie (praktijkstandpunt op basis van de bestaande evidentie) en het peilen naar depressie weg te laten als onderdeel, omdat dit niet als een taak voor de verpleegkundigen werd gezien. Screening naar cervix- en borstkanker hield risicocommunicatie in door de verpleegkundige en planning/doorverwijzing voor een uitstrijkje of mammografie.

De verpleegkundigen bestudeerden de Gezondheidsgids in zijn geheel. Er werd opleiding gegeven in het berekenen van het cardiovasculaire risico en risicocommunicatie. Er vond een proefinterventie plaats waarbij elke verpleegkundige enkele consulten kon oefenen die volledig overlopen werden nadien. De interventie ging van start op 10 september 2012 en liep tot 30 november 2012 (12 weken). Tijdens de interventie werd na elk preventieconsult het dossier nagekeken door de huisarts in opleiding of de vaste arts van de patiënt en werd feedback gegeven.

Doelgroep, uitnodiging

Als doelgroep van de interventie werd gekozen voor 50-jarigen (1962). Dit was een groep van 29 patiënten (= groep 1). Er werd voor deze groep gekozen omdat dit een haalbare groep is qua omvang om systematisch jaarlijks uit te nodigen. Bovendien zijn er een aantal preventieve acties die starten vanaf 50 jaar.

De patiënten van groep 1 kregen een uitnodigingsbrief voor het preventieconsult (n=28, exclusie door arts = 1). Bovendien werd er bij deze groep via statDPPRO, het statistisch programma van Medidoc®, een melding in de planning gezet: 'doorverwijzing preventieconsult – interventiegroep' zodat artsen en verpleegkundigen de patiënten persoonlijk konden aanspreken tijdens de consultatie.

Na zes weken werden patiënten die niet gereageerd hadden op de brief en niet op consultatie gekomen waren, opgebeld (n=14). Daarnaast kregen artsen ook de kans om patiënten tussen 40 en 75 jaar door te verwijzen, wanneer zij de inschatting maakten dat een preventieconsult nuttig was (= groep 2). De vragenlijst van Domus Medica zat ingesloten bij de uitnodigingsbrief met de vraag deze ingevuld mee te brengen. Patiënten die doorverwezen werden door de arts, kregen de vragenlijst mee.

Gegevensverzameling

Na de voormeting in augustus 2012 werden procesindicatoren gedefinieerd (tabel 1). Die werden gemeten in heel de groep van 40-75-jarigen via statDPPRO, als referentiegroep (n=1081) en handmatig, door elk dossier te openen, in de doelgroepen. Op basis van de voormeting werden in team SMART-doelen gedefinieerd.

Na de interventie vond een nameting plaats. Elke patiënt die op preventieconsult kwam, kreeg een vragenlijst mee rond patiënttevredenheid.

WAT IS GEKEND?

De gezondheidsgids is een evidence-based praktijkinstrument dat het mogelijk maakt om voor elke patiënt een preventieplan op maat te ontwikkelen.

In verschillende landen wordt preventie uitbesteed aan praktijkverpleegkundigen.

WAT IS NIEUW?

Delegatie van (delen van) het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundigen in een forfaitaire groepspraktijk leidde tot een verbetering van de uitvoering van preventie m.b.t. preventieve indicatoren.

Het verpleegkundig preventieconsult ging gepaard met een grote patiënttevredenheid.

De meest effectieve methode om patiënten uit te nodigen voor een preventieconsult was de persoonlijke aanspreking door de arts.

Gegevensanalyse

Alle resultaten werden ingevoerd en geanalyseerd met SPSS 21. Een p-waarde <0,05 werd als statistisch significant beschouwd. Voor de statistische analyse van de indicatoren voor/na werd als test McNemar gebruikt. De interne consistentie van de vragen van de vragenlijst werd bepaald door het berekenen van de Cronbach Alpha coëfficiënt. Vraag 1,2,3,5,7,10,13,14,15 en 16 waren intern consistent (α coëfficiënt: 0,82). Deze vragen behandelen allen patiënttevredenheid. Ze werden samengenomen om een algemeen beeld te krijgen van de tevredenheid van patiënten met het preventieconsult.

RESULTATEN

Uitnodiging door de huisarts

Groep 1 bestond uit 29 patiënten. Veertien patiënten van deze groep kwamen op preventieconsult. Slechts één patiënt kwam enkel naar aanleiding van de brief. De meeste patiënten (N=11) kwamen na persoonlijke aanspreking over het consult door een arts of een verpleegkundige.

Na zes weken waren er 14 patiënten die nog niet op consult waren gekomen. Zij werden telefonisch gecontacteerd. De telefonische contactname verliep moeizaam. Veel patiënten (N=10) waren telefonisch niet bereikbaar. Vaak stond er enkel een vast telefoonnummer in het EMD of ontbraken telefonische gegevens. Persoonlijke aanspreking door de arts was duidelijk de meest effectieve methode.

De artsen verwezen daarnaast 41 patiënten door tussen 40 en 75 jaar die baat hadden bij een preventieconsult.

Duur van het verpleegkundig preventieconsult

Een verpleegkundig preventieconsult duurde gemiddeld 30 minuten (SD: 10,6), met enkele uitschieters (tot 60 minuten) bij eerste consulten of consulten waarbij een stagiaire of nieuwe verpleegkundige aanwezig was.

Na het consult verwerkten de verpleegkundigen de verkregen informatie in het elektronisch medisch dossier (EMD). Dit duurde gemiddeld 13 minuten (SD: 6,6).

Verbetering van de procesindicatoren

Alle indicatoren verbeterden bij de patiënten die op preventieconsult kwamen (N=55, waarvan groep 1: N=14 en groep 2:

Tabel 2: Resultaten van vragenlijst patiëntentevredenheid.

Vraag	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Geen mening	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik zou anderen aanraden om op preventieconsult bij de verpleegkundige te komen.	0 N=0	2,4 N=1	19,5% N=8	9,8% N=4	68,3% N=28
Ik begreep de verpleegkundige.	2,4% N=1	0 N=0	2,4% N=1	7,1% N=3	88,1% N=37
De verpleegkundige begreep mij.	4,9% N=2	0 N=0	4,9% N=2	7,1% N=3	82,9% N=34
Ik had liever met mijn huisarts over preventie gesproken.	38,5% N=15	23,1% N=9	20,5% N=8	12,8% N=5	5,1% N=2
De verpleegkundige is een expert in preventie.	0 N=0	4,8% N=2	16,7% N=7	42,9% N=18	33,3% N=14
Ik ben nu ongeruster over mijn gezondheid dan voor deze consultatie.	64,3% N=27	16,7% N=7	9,5% N=4	4,8% N=2	4,8% N=2
De verpleegkundige betrok me voldoende in het nemen van beslissingen.	4,8% N=2	0 N=0	4,8% N=2	21,4% N=9	69% N=29
Ik vind het lastig om mee beslissingen te nemen.	61% N=25	12,2% N=5	7,3% N=3	17,1% N=7	2,4% N=1
Deze raadpleging was een verspilling van mijn tijd.	78,6% N=33	14,3% N=6	4,8% N=2	0 N=0	2,4% N=1
Ik voelde me op mijn gemak bij de verpleegkundige.	4,8% N=2	0 N=0	2,4% N=1	16,7% N=7	76,2% N=32
De verpleegkundige wist welke thema's belangrijk waren voor mij.	0 N=0	7,3% N=3	9,8% N=4	22% N=9	61% N=25
Door deze raadpleging wordt er te veel aandacht besteed aan preventie.	57,1% N=24	19% N=8	11,9% N=5	2,4% N=1	9,5% N=4
Ik weet nu beter wat ik moet doen om mijn gezondheid te bevorderen.	0 N=0	2,4% N=1	23,8% N=10	33,3% N=14	40,5% N=17
Ik ben van plan om de adviezen die de verpleegkundige heeft gegeven te volgen.	0 N=0	2,4% N=1	9,5% N=4	31% N=13	57,1% N=24
De verpleegkundige legde alles goed uit.	0 N=0	0 N=0	2,4% N=1	14,3% N=6	83,3% N=35
Het is nuttig om de verpleegkundige regelmatig te bezoeken om mijn gezondheid te bespreken.	0 N=0	9,5% N=4	16,7% N=7	21,4% N=9	52,4% N=22

N=41). Alle voorafgestelde SMART-doelen werden bereikt. In *tabel 1* worden de gekozen procesindicatoren weergegeven voor en na de interventie.

Sommige indicatoren waren vooraf al uitzonderlijk goed zoals het bevragen en noteren van de rookstatus in het EMD en influenzavaccinatie. Voor deze onderwerpen is er veel aandacht in de praktijk. Bij de voormeting viel op dat glucose vaak mee werd gecontroleerd tijdens een routine bloedname zonder de aanbeveling in acht te nemen: dat dit slechts driejaarlijks nodig of zelfs niet, bij patiënten zonder risicofactoren voor 65 jaar. De verpleegkundigen volgden de aanbeveling wel strikt, wat leidde tot rationeler screenen naar diabetes.

De groep patiënten die deelnamen aan het preventieconsult, scoorden hoger dan gemiddeld op nicotinemisbruik, alcoholmisbruik en hadden gemiddeld een hoog BMI (27,81). Deze waarden veranderden niet onder invloed van het consult gezien de korte duur van de interventie. Het aandeel patiënten met alcoholmisbruik en de gemiddelde BMI stegen zelfs door betere registratie.

Verwijzing en opvolging

Van de 16 rookstopadviezen die gegeven werden, leidden er drie tot een doorverwijzing naar de tabakologe in de praktijk. Van de 51 adviezen inzake gezonde voeding leidden er zeven

tot een doorverwijzing naar de diëtiste in de praktijk. Twee patiënten verkozen opvolgconsulten bij de verpleegkundige.

Tijdens het preventieconsult werd steeds, wanneer geïndiceerd, een potje meegegeven om een stoelgangstaal binnen te brengen voor de IFOB. Een groot aandeel (27,3%) van de patiënten die een potje hadden meegekregen, hadden het echter nog niet teruggebracht op het ogenblik van de nameting (twee weken na het einde van de interventie).

Tevredenheid van de patiënt

Aan patiënten werd een vragenlijst meegegeven die toetste naar tevredenheid met het consult in zijn geheel, tevredenheid met de communicatie, gedeeld beslissingen nemen, angst-inductie, tevredenheid met preventie door de verpleegkundige i.p.v. de huisarts,.... De vragenlijst werd ingevuld door 42 van de 55 patiënten die op consultatie kwamen (response rate: 76,6%).

95,1% (N=40) van de patiënten was tevreden tot zeer tevreden. Een aantal patiënten (17,9%, N=7) hadden liever met hun huisarts over preventie gesproken. De meerderheid van de patiënten was niet ongeruster over zijn gezondheid door het consult (81%, N=34). Over het gedeeld beslissingen nemen, waren de meningen meer verdeeld (19,5%, N=8). Eén vijfde van de patiënten vond het lastig om mee beslissingen te nemen (*tabel 2*).

BESPREKING

De delegatie van het preventieconsult aan praktijkverpleegkundigen blijkt een effectieve manier om de preventieve zorg voor patiënten te verbeteren. Alle vooropgestelde SMART-doelen werden ruimschoots gehaald en de patiënttevredenheid was groot.

Door het succes van deze interventie vindt er nu jaarlijks een preventieproject plaats in 'De Bres' met dezelfde doelgroep (50-jarigen en alle 40-75-jarigen die baat hebben bij een preventieconsult) om preventie systematischer aan te pakken en toch de werkbelasting van de verpleegkundigen en artsen in balans te houden.

De voorbereiding van het preventieconsult vergde een grote tijdsinvestering van alle leden van het medische team. Ook het consult op zich en de verwerking in het elektronisch medisch dossier namen heel wat tijd in beslag. Verwacht wordt dat naarmate de verpleegkundigen meer vertrouwd geraken met de uitvoering van dergelijke consulten, de duur afneemt. Ook zou er tijdens het consult zelf al in het dossier gewerkt kunnen worden.

De stapsgewijze aanpak van de opleiding loonde. De verpleegkundigen groeiden doorheen de interventie uit tot experts in preventie.

Het sturen van de uitnodigingsbrief had weinig effect. Dat stemt overeen met bevindingen in de literatuur.^{12,13} Vermoedelijk speelde de lage socio-economische status van de patiëntenpopulatie mee in het beperkte succes van de uitnodiging per brief. Hetzelfde fenomeen zien we bij de telefonische contactname. Als praktijk is het belangrijk om dit mee te nemen in volgende projecten.

BESLUIT

Het vooropgestelde doel om de preventieve zorg voor de patiënten te verbeteren werd gehaald.

Het verpleegkundig preventieconsult neemt veel tijd in beslag. Toch lijkt het resultaat deze investering waard gezien de preventieve planning voor de patiënt meteen voor meerdere jaren in orde is.

Dit project is ook haalbaar voor andere praktijken die met praktijkverpleegkundigen werken. Het zou gefaciliteerd worden als er een opleiding bestond voor verpleegkundigen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een mogelijke barrière in niet-forfaitaire praktijken is het financiële aspect.

Literatuur

- 1 www.domusmedica.be/gezondheidsgids
- 2 Drieskens S, Demarest S. Socio-economische ongelijkheden in gezondheid in het Vlaams Gewest. Analyse van de gezondheidsenquête 2008.
- 3 Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care (review). Issue 1. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009.
- 4 Koelewijn-van Loon MS, Van der Weijden T, Ronda G, et al. Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: A cluster-randomized controlled trial in primary care. *Prev Med* 2010;50:35-44.
- 5 Berra K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? *J Cardiovasc Nurs* 2011;26:145-67.
- 6 Allen KJ, Dennison-Himmelfarb CR, Szanton SL, et al. Community outreach and cardiovascular health (COACH) trial. A randomized controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2011;4:592-602.
- 7 El Fakiri F, Bruijnzeels MA, Uitewaal PJ, et al. Intensified preventive care to reduce cardiovascular risk in healthcare centers located in deprived neighbourhoods: a randomized controlled trial. *Eur J Prev Cardiol* 2008;15:488-93.
- 8 Voogdt-Pruis HR, Van Ree JW, Gorgels A, Beusmans G. Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: a comparison between general practitioners and practice nurses. *Int J Nurs* 2011;48:798-807.
- 9 Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EU-ROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:1999-2012.
- 10 Jerden L, Hillervik C, Hansson AC, et al. Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scand J Caring Sci* 2006;20:202-7.
- 11 Hill Rice V, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane libr* 2009.
- 12 Harkins C, Shaw R, Gillies M, et al. Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study. *BMC Public Health* 2010;10:391.
- 13 Nielen MMJ, van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot preventieconsult cardiometabool risico. Utrecht: Nivel-rapport; 2010. www.nivel.nl